

# Gastroenterologist, Hepatologist and Bioethics Gastroenterológ, hepatológ a bioetika

**Jozef Glasa**

Scientific Secretary of the Slovak Society of Hepatology, Chairman of the Central Ethics Committee of the Slovak Ministry of Health  
Vedecký sekretár Slovenskej hepatologickej spoločnosti, predseda Centrálnej etickej komisie MZ SR

Does a gastroenterologist, or hepatologist, need ethics nowadays? – Not at all! People need to work, above all, to earn good money. Who can afford to be slowed down by some „philosophy“. Philosophy is a matter for old venerable gentlemen or for medical students (in order that they do not run wild). These have enough time, so let them "discuss" the matter. But still!

„Since its foundation in 1958, The *World Gastroenterology Organisation* (OMGE) has paid a particular attention to ethical issues of the specialty (1). Years ago, the Ethics Commission of OMGE has been established. In 2002, OMGE – together with *The European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) – organised an international conference on current ethical issues in gastroenterology and gastrointestinal endoscopy (2). The event symbolically took place on the Greek island of Kos (the birth place and home of the well-known author of the Hippocrates' Oath). The result of these activities was the preparation or updating of several ethical guidelines for the actual issues of contemporary gastroenterology and endoscopy published in the *Endoscopy* journal (3). Also, modern textbooks of gastroenterology dedicate more and more space to the issues of biomedical ethics.

Why so much interest? And why in our times? In an environment substantially affected by advertising, the almost omnipotent market and growing individual and corporate competition. In an environment of quick target-oriented and pragmatic solutions, saving measures, and immediate, quick, straight-forward and courageous success. Why (bio)ethics all of a sudden?

Maybe because without it medicine and nursing (i.e.

Potrebuje dnes gastroenterológ, či hepatológ etiku? – Ale kdeže! Človek dnes predsa musí (hlavne) robiť – a (dobre!) zarobiť. Kto sa môže ešte zdržovať s nejakou „filozofiou“. To je azda pre našich starších pánov – alebo pre medikov (aby nám na fakulte celkom nezdivili...). Tí majú dosť času, nech si teda „diskutujú“... A predsa...

*Svetová gastroenterologická organizácia (World Gastroenterology Organisation (OMGE))*, už od svojho vzniku (1958) venuje pozornosť etickým otázkam odboru (1). Už dávnejšie pracuje Etický výbor OMGE. Spolu s *Európskou spoločnosťou gastrointestinálnej endoskopie (European Society of Gastrointestinal Endoscopy – ESGE)* usporiadali v roku 2002 medzinárodnú konferenciu o aktuálnych etických problémoch v gastroenterológii a gastrointestinálnej endoskopii (2). Podujatie sa symbolicky konalo na gréckom ostrove Kos (rodisku a pôsobisku slávneho autora *Hippokratovej prísahy*). Výsledkom týchto aktivít bolo spracovanie alebo novelizácia viacerých etických smerníc (guidelines) pre aktuálne problémové okruhy súčasnej gastroenterológie a endoskopie, publikované v časopise *Endoscopy* (3). Aj moderné učebnice gastroenterológie mávajú čoraz častejšie vo svojom obsahu kapitoly venované otázkam (bio)medicínskej etiky.

Prečo tento záujem? Práve v našej dobe? V prostredí silne poznačenom reklamou, akoby všemohúcim trhom a narastajúcou individuálnou i korporatívnou konkurenciou. V prostredí „rýchleho ťahu na bránku“, pragmatických riešení, úsporných opatrení; orientovanom na úspech – „tu a teraz“; rýchlo, razantne, odvážne... Prečo naraz (bio)etika?

also gastroenterology and hepatology would lose its „soul and heart“. Without ethics, health care would probably be changed into a sort of non-human machinery dealing with the production and allocation of health (and sometimes of death). Into a factory of life (and death?) as if from a bad science-fiction story stained with overtones of a thriller. I shudder at the thought of inanimate, cold-minded and heartless medicine. The moral misery we sometimes encounter is quite widespread despite the fact that the main ethical principles of medicine and nursing care are still almost generally accepted (only they are not observed much). Their being overlooked hurts. But in a different, very irritable way. It also hurts our patients. It hurts their "soul and heart" – theirs as well as ours. Maybe the reason is that non-ethical behaviour sometimes cuts very deep. It reaches the roots of our very existence. It vibrates the string in the thirteenth chamber of our human self; in the secret centre of our life, happiness and suffering. In the depth of our personal experience of being, where we sometimes stay quite alone; at a distance from the noise of the world, with our own conscience, "in front of the face of the whole cosmos and eternity" ... That is why "moral pain" may be more severe and more hurtful than physical suffering.

Ethics ("philosophy of morals") has been continually developing from the dawn of human culture. It has been a constant part of the intellectual struggle of man to understand himself, his identity, his mission and final destination. This has been the case in the individual life story of each man as well as in the course of the history of human civilization. The solution finding to moral problems is contained even in the oldest preserved myths and also in the fragments of ancient philosophers who tried to explain the essence of things, man and life. And especially to find an answer for the eternal human desire for happiness and fulfilment. Ethics as a science of the good and happy life of man and of the human society has walked hopefully through the history of mankind until our times (4).

The birth of medicine and its separation from other human activities is substantially connected with the creation and consolidation of specific moral (ethical) regulations (although at the beginning these were but unwritten rules). The knowledge and observance of the *deontology code* became a determinant and non-interchangeable characteristic of the medical profession. Together with an "exclusive" sum of historically conditioned knowledge and practical experience, or skills, it enabled the "devotees" to "professionally"

Azda práve preto, že bez nej by napokon samotná medicína a ošetrovatelstvo (a teda aj gastroenterológia a hepatológia) stratili svoju „dušu aj srdce“. Bez etiky by sa zdravotníctvo pravdepodobne zmenilo na akúsi neludskú mašineriu „výroby“ a prideľovania zdravia (a niekedy i smrti...). Na továreň života (i smrti?) z nejakého nepodareného sci-fi príbehu s prvkami hororu. Bezduchú, chladnú medicínu bez srdca si radšej nechcem ani predstaviť. Stačí mravná bieda, s ktorou sa niekedy stretávame napriek tomu, že hlavné etické princípy medicíny a ošetrovatelstva sú, ešte stále (?), temer všeobecne prijímané (iba sa niekedy celkom nedodržiavajú). Ich nerešpektovanie bolí. Takým iným, ale veľmi citelným spôsobom. I našich pacientov. Zraňuje totiž „dušu a srdce“ – nám aj im. Je to azda preto, že neetické správanie, konanie zasahuje niekedy veľmi hlboko. Mieri až na korene nášho bytia. Rozochvieva struny v trinástej komnate nášho ľudského ja; v tajomnom ohnisku nášho jestvovania, šťastia i utrpenia. V tej hĺbke zážitku našej osobnej existencie, kde niekedy prebývame celkom sami; vzdialení od hluku sveta, so svojím svedomím, „pred tvárou vesmíru i večnosti“... Preto „mravná bolesť“ môže byť niekedy silnejšia – a zraňujúcejšia, než samotné fyzické utrpenie.

*Etika* („filozofia morálky“) sa rozvíjala postupne už od úsvitu ľudskej vzdelanosti. Bola stálou súčasťou intelektuálneho zápasu človeka o pochopenie seba samého, svojej identity, zmyslu, svojho poslania i konečného určenia. V rámci jeho individuálneho životného príbehu – i počas celých dejín ľudskej civilizácie. Riešenie morálnych problémov obsahujú už najstaršie zachované mýty – i zlomky diel starovekých filozofov, ktorí sa usilovali osvetliť podstatu vecí, človeka i života. A najmä – hľadať odpoveď na odvekú túžbu ľudí po životnom šťastí a naplnení. Etika, ako veda o dobrom, šťastnom živote človeka a ľudskej spoločnosti, kráča s nádejou dejinami ľudstva až po naše časy (4).

Vznik medicíny – a jej oddelenie od iných oblastí ľudskej činnosti – sa podstatne spája s vytvorením a ustálením špecifických mravných (etických) predpisov (hoci spočiatku boli iste iba nepísanými pravidlami). Poznanie a dodržiavanie *deontologického kóde-xu* sa stalo určujúcim znakom, nezameniteľnou charakteristikou nositeľov lekárskeho povolania. Spolu s 'exkluzívnym' súhrnom dobovo podmieneného poznania a praktických skúseností, či zručností, umožňovali „zasväteným“ priblížiť sa 'profesionálne'

approach their fellow men; in order to diagnose and sometimes also to heal diseases and injuries of their contemporaries. Ethics was therefore considered a constitutive (fundamental) part of medicine and health care. Also in our times, it is a major prerequisite for the acknowledgement of the right to perform the medical (nursing) profession ("professional and *ethical* competence").

Besides "eternal moral issues", with which generations of doctors have coped in the past, the accelerated scientific, technical and technological progress in our times brings about totally new ethical problems ("Hippocrates did not have to solve them"). These are connected with the revolutionizing possibilities of innovative diagnostic and therapeutic methods (and their risks). With the unprecedented contribution of new instruments, biotechnologies, cellular and molecular biology and genetics, but also with the advancing commercialization of contemporary medicine and health care. The unavoidable "economic ceiling" that limits the utilization of the constantly developed and offered diagnostic and therapeutic methods; their accessibility for specific patients. A new phenomenon is also the increasing *moral (ethical) pluralism* of today's post-modern society – and the lack of common anthropological and moral base for satisfactory solution of these new problems.

With regard to the subject definition of his professional activity as well as its relative exclusivity, the gastroenterologist and hepatologist meet in their practice such ethical problems that in this form and this relevance rarely occur in other fields of medicine. "From an 'effective gastroenterologist', a knowledge exceeding the traditional framework of his specialty is expected. At the same time, he is supposed to be effective in the scientific, technical (technological) and ethical sense. The need for the gastroenterologist to be deeply rooted in the ethics of his specialty was never so clearly established" (5).

Among the areas where ethical problems in the work of the gastroenterologist and hepatologist accumulate most frequently are the following: gastrointestinal endoscopy, standard and innovative diagnostic (and therapeutic) methods, rational pharmacotherapy and "drug policy", palliative and terminal care – and the indication of invasive interventions in elderly persons or the patients in serious conditions, financial aspects of health care and its "rationing" – and potential conflicts of interests, transplantology, biomedical research, relations to patients – and their family mem-

k druhému človeku – pacientovi; aby rozpoznali, a niekedy aj liečili choroby a zranenia svojich súčasníkov. Etika sa teda vždy považovala za konštitutívnu (určujúcu) súčasť medicíny a zdravotnej starostlivosti. Aj v našej dobe je zásadným predpokladom pre uznanie práva na výkon lekárskeho (zdravotníckeho) povolania („odborná a *etická* spôsobilosť“).

Okrem 'večných morálnych otázok' – s ktorými zápasili generácie lekárov pred nami, prináša akcelerovaný vedecký, technický a technologický pokrok v našej dobe i celkom nové etické problémy („*Hippokrates* ich ešte riešiť nemusel.“). Súvisia s revolucionizujúcimi možnosťami inovatívnych diagnostických a liečebných metód (a ich rizikami). S bezprecedentným prínosom nových prístrojov, biotechnológií, bunkovej a molekulárnej biológie a genetiky – ale aj s postupujúcou komercializáciou súčasnej medicíny a zdravotníctva. S neobíditeľnou realitou aktuálneho „ekonomického stropu“, ktorý limituje využitie neustále vyvíjaných a ponúkaných diagnostických, či liečebných metód; ich dostupnosť pre konkrétneho pacienta. Novým fenoménom je aj prehlbujúci sa *morálny (etický) pluralizmus* dnešnej (post)modernej spoločnosti – a chýbanie spoločného antropologického a morálneho základu pre uspokojivé riešenie týchto nových problémov.

Vzhľadom k vecne vymedzenému okruhu svojej odbornej činnosti – ako aj jej relatívnej exkluzivite, sa gastroenterológ a hepatológ pri výkone svojho povolania stretávajú s etickými problémami, ktoré sa v takejto forme alebo závažnosti len zriedkavo vyskytujú v iných medicínskych disciplínach. „Od 'efektívneho gastroenterológa' sa dnes očakávajú vedomosti, ktoré presahujú tradičný rámec jeho odbornosti. Musí byť efektívnym zároveň v jej vedeckom, technickom – technologickom i etickom kompartmente. Potreba, aby gastroenterológ bol hlboko zakorenený v etike svojej disciplíny, sa nikdy neukazovala jasnejšie“ (5).

Medzi oblasti, kde sa etické problémy v práci gastroenterológa a hepatológa hromadia najčastejšie, bezpochyby patria: gastrointestinálna endoskopia, štandardné a inovatívne diagnostické a liečebné postupy, racionálna farmakoterapia a 'lieková politika', paliatívna a terminálna starostlivosť – a indikácia príslušných výkonov u starších osôb alebo u pacientov v ťažkom stave, finančné aspekty zdravotnej starostlivosti a jej „racionalizácia“, vzťahy s výrobcami prístrojov a liekov (a ich zástupcami), komerčné

bers, relations to other health care workers (cooperativeness – competitiveness?), and many others.

There are constantly new ethical problems. They come with a specific patient, in his or her specific health condition and life situation, with the involvement of his or her relatives and sometimes of other people. Ready-made recipes are not always at hand or they are not applicable or they are ineffective for the specific case. Often, a creative approach is necessary. That is why the gastroenterologist and hepatologist need a certain preparative instruction in the field of ethics – education, practical experience, even adequate "training". And in more complicated cases, which are more and more frequent today, also a qualified advice and assistance. Cooperative, amicable consultations and discussions should again become part of our sometimes so hectic professional life. To take hold and come to an understanding of the ethical problem, because it comprises certain, sometimes very individual values of the patient and his relatives and friends and also of the members of the health care team or of the particular doctor or nurse, it is not always trivial or easy. A professional approach and specific knowledge is required. Sometimes it is appropriate to invite an expert with corresponding humanities education (e. g. theologian, or an expert in bioethics). The *ethics committees* manifest the institutionalization of that kind of assistance. Although nowadays they are involved mainly in the evaluation of projects in biomedical research (including protocols of clinical testing of drugs), in some countries, e. g. also in Slovakia, they are already established by the law in order to provide consultation in the hospital environment (but also on an ambulatory basis) and to create a space for the solution of ethical issues that turn up in practical health care. According to the latest experience from surrounding European countries their numbers and scope of activities are expected to increase (6).

Out of the wide range of ethical problems in gastroenterology and hepatology, we are going to have a brief look at the complex *ethical problem of rational diagnostics and therapy*. Maybe we will inspire some personal thinking about these problems. Or we could awake an interest in expert discussion of concrete ethical issues that could take place in future at the pages of our journal. It may be helpful in solving particular ethical issues as invariably brought to us by the life itself – and by the everyday clinical practice.

The requirement for optimization and for ensuring the *quality of health care* (including the definition of

aktivity – a možné konflikty záujmov, transplantológia, biomedicínsky výskum, vzťahy s pacientami – a ich rodinnými príslušníkmi, vzťahy k iným zdravotníckym pracovníkom (kolegialita – konkurencia?), a mnohé iné.

Etické problémy sú vždy nové. Prichádzajú s konkrétnym pacientom, v jeho konkrétnej zdravotnej a životnej situácii, so zaangažovaním jeho príbuzných, niekedy i širšieho okolia. Hotové recepty nie vždy existujú, alebo sú v danom prípade nepoužiteľné, či neučinné. Často je potrebný „tvorivý prístup“. Preto gastroenterológ a hepatológ potrebuje i v etickej oblasti určitú prípravu – vzdelávanie, praktické skúsenosti, ba aj primeraný „tréning“. A v zložitejších prípadoch, dnes stále častejšie, i kvalifikovanú radu, či pomoc. Kolegiálna, či priateľská konzultácia alebo diskusia by sa mali opäť stať súčasťou nášho, niekedy takého uponáhľaného profesionálneho života. Uchopiť, pochopiť etický problém, práve preto, že v ňom ide o určité, niekedy veľmi individuálne, hodnoty pacienta, jeho blízkych – ale aj členov ošetrovateľského tímu, či konkrétneho lekára alebo sestry, nie je vždy jednoduché, ani ľahké. Žiada sa odborný prístup a špecifické vedomosti. Niekedy je namieste zaangažovanie odborníka s vhodným humanitným vzdelaním (napr. duchovný (teológ), ale dnes už i „bioetik“). Inštitucionalizáciu tejto pomoci predstavujú tzv. *etické komisie*. Hoci sa dnes venujú predovšetkým posudzovaniu projektov biomedicínskeho výskumu (vrátane protokolov klinického skúšania liečiv), v niektorých krajinách – napr. i v Slovenskej republike – sú už zriaďované na základe zákona, aby predovšetkým v podmienkach nemocničnej (ale aj ambulatnej) starostlivosti poskytovali konzultácie, ale aj konkrétny priestor na riešenie etických problémov vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Podľa novších skúseností z okolitých európskych krajín možno očakávať nárast ich počtu i „agendy“ (6).

Zo širokého spektra etických problémov v gastroenterológii a hepatológii poukážeme v stručnosti iba na komplexný *etický problém racionálnej diagnostiky a liečby*. Azda podnietime osobné zamyslenie, prípadne aj záujem o odborné diskutovanie ďalších aktuálnych etických problémov na stránkach nášho časopisu, ktoré by pomohli pri riešení konkrétnych etických otázok, ako nám ich nezriedka prináša sám život – a každodenná klinická prax.

Požiadavka na optimalizáciu a zabezpečenie *kvality*



quality indicators, their evaluation, monitoring and acceptance of particular measures in practice) also has an undisputed ethical aspect besides the medical and health care management ones. This is connected with the need of medical efficacy and safety, but also with the economic accessibility and sustainability of the given care. It requires an adequate utilization of human and material resources. *Definition of a standard* (standards) for a particular type of care is usually an expression of certain professional and ethical consensus (or compromise) achieved in specific conditions and time. As scientific progress continues and new technical and technological possibilities are explored, this standard is going up. The ethical problem of the present time – and also of the future – is the discrepancy between the new potential of medicine, the necessary increase of health care quality – and the limited economic resources for their implementation. Another problem is the discrepancy between what is technically and technologically possible at a given time and in a given place – and what is actually beneficial for a particular patient in a given health condition (e. g. invasive examination or complicated treatment in a patient in a terminal stage of a disease, or in a frail elderly etc.)

In their work, the gastroenterologist and the hepatologist use *expensive instruments* and *materials*, therapeutic procedures and *medicaments*. These represent material values, into which either he has invested his own money (e.g. instrumental...) – or the “common values” that are at his disposal based on his qualifications and on the fulfilment of corresponding conditions (e.g. the health insurance fund, from its “solidarity package”, covers the interventions the gastroenterologist performed and medicaments he prescribed). In certain cases, the gastroenterologist could find himself in a *conflict of interests* in choosing diagnostic or therapeutic method for a particular patient (*resources microallocation* level), e.g. cheap or expensive intervention or procedure that brings more financial profit to the gastroenterologist than another one that would be comparatively similar in effectiveness and safety for the particular patient; “indication” of an intervention or therapeutic method for the sake of profit; preferring trendy (not modern!) therapy to gain competitive advantage with patients etc. In an environment of mutual competitiveness between gastroenterologists in the existing “market of medical services” and the increasing pressure on the part of health insurance companies and pharmaceutical companies (offering

*zdravotnej starostlivosti* (vrátane definovania ukazovateľov kvality, ich vyhodnocovania, sledovania a prijímania konkrétnych opatrení v praxi) má okrem medicínskeho a zdravotnícko–riadiaceho, aj neobíditeľný etický aspekt. Súvisí s požiadavkou medicínskej účinnosti a bezpečnosti, ale aj ekonomickej dostupnosti a udržateľnosti danej starostlivosti. Požaduje adekvátne využitie ľudských i materiálnych zdrojov. *Stanovenie štandardu* (štandardov) pre konkrétnu starostlivosť je zvyčajne vyjadrením istého odborného i etického konsenzu (alebo kompromisu), dosiahnutého v konkrétnych podmienkach a konkrétnom čase. Tento štandard sa s postupujúcim vedeckým pokrokom a novými technickými a technologickými možnosťami časom zvyšuje. Etickým problémom súčasnosti – i budúcnosti, ostáva rozpor medzi novými možnosťami medicíny, potrebným zvyšovaním kvality zdravotnej starostlivosti – a obmedzeným ekonomickým priestorom na ich realizáciu. Iným problémom je rozpor medzi tým, čo je v danej dobe a na danom mieste technicky a technologicky možné – a tým, čo je pre daného pacienta v danom zdravotnom stave skutočným prínosom (napr. invazívne vyšetrenie alebo náročná liečba u pacienta v terminálnom štádiu choroby, pacienta vo vysokom veku a pod.).

Gastroenterológ i hepatológ pri svojej práci často používa *finančne nákladné prístroje a materiály*, liečebné postupy, či *lieky*. Predstavujú materiálne hodnoty, do ktorých buď sám investoval (napr. prístrojové vybavenie ambulancie), prípadne „spoločné hodnoty“, ktorými môže na základe svojej kvalifikácie a pri splnení príslušných podmienok disponovať (napr. zdravotná poisťovňa zo „solidárneho balíka“ zdravotného poistenia uhradza zdravotné výkony a lieky, ktoré gastroenterológ vykonal alebo ordinoval). V niektorých prípadoch by sa pri voľbe diagnostického alebo liečebného postupu u konkrétneho pacienta (úroveň *mikroalokácie prostriedkov*) gastroenterológ mohol dostať do *konfliktu záujmov* (lacná – alebo drahá diagnostika, či liečba; výkon alebo postup, ktorý gastroenterológovi prináša väčší finančný prínos, než iný výkon alebo postup, ktorý by z medicínskeho hľadiska bol u daného pacienta podobne účinný i bezpečný; “indikácia” výkonu alebo liečebného postupu z dôvodov zisku; uprednostňovanie módnjej (nie modernej!) liečby na získanie konkurenčnej výhody u pacientov; atď.). V situácii vzájomnej konkurencie gastroenterológov na existujúcom „trhu zdravot-

various advantages or "bonuses"), maintaining of an ethical approach requires a substantial portion of personal courage.

In the situation of actually limited resources that can be allocated for health care in a given society (*resources macroallocation* level), the struggle for the reduction of costs and for their most effective application is legitimate – and morally laudable (7). Abandoning scientifically unfounded, outdated or ineffective therapeutic methods may provide free resources for the provision of more effective and safer therapy according to the requirements of *Evidence-Based Medicine (EBM)*. In this respect, the above-mentioned standardization and innovation of diagnostic and therapeutic procedures, their proper economic analysis (e. g. the area of *pharmacoeconomics*) in connection with the preparation and implementation of *expert guidelines* on the national or international level, is of crucial importance and of high ethical value.

Drugs used for diseases of the gastrointestinal tract often belong to the economically very successful group. If used "massively" they bring substantial financial profit to the producers (and also to the members of the utilization chain of the specific drug). But an *effective* (and *safe*) therapy, including its shorter duration and timely prevention of serious complications and consequences of the disease, is usually also effective from an economic point of view (*pharmacoeconomics*).

In practice, the quality of life issues are gaining high priority. Most frequently, in connection with the disease itself but also in connection with the indicated therapy, its adverse effects or complications; or with the extent and timeliness of influencing the annoying symptoms of the disease (pain, nausea, dyspepsia or anorexia etc.).

The discrepancy between different requirements of *rational pharmacotherapy* (the right drug, in the right dose, to the right patient, at the right time - and for a reasonable price), or between the need for *therapeutic efficacy* and the expected adverse effects of the drug (safety of the pharmacotherapy) poses often an ethical problem. More frequently, however, ethically questionable behaviour consists of purposeful skewing of the provided information on a particular drug (with the aim of increasing its prescription or sales) from the part of those "involved". Not every invited lecturer (e.g. at a symposium organized by a pharmaceutical company) or prescribing doctor in the situation of a more or less pointed conflict of interests is able to withstand the "temptation".

ných služieb“, v rastúcom tlaku zdravotných poisťovní a farmaceutických spoločností (ponúkajúcich rôzne výhody, alebo „bonusy“) si etický prístup vyžaduje aj nemalú dávku osobnej statočnosti.

Pri objektívne obmedzených zdrojoch, ktoré možno v danej spoločnosti prideliť na zdravotnú starostlivosť (úroveň *makroalokácie prostriedkov*), je snaha o zníženie nákladov a ich čo najefektívnejšie využitie legitímna – a eticky plne oprávnená (7). Opúšťanie vedecky nezdôvodnených, zastaralých, či neúčinných liečebných postupov môže uvoľniť zdroje na zabezpečenie efektívnejšej a bezpečnejšej liečby v duchu požiadaviek *medicíny založenej na dôkazoch* (angl. *Evidence-based Medicine*). V tomto smere má zásadný význam a vysokú etickú hodnotu už spomínaná otázka štandardizácie a inovácie diagnostických a liečebných postupov, ich náležitej ekonomickej analýzy (napr. oblasť *farmakoekonomiky*), spojená s vypracovaním a implementáciou *odborných odporúčaní* (angl. *guidelines*) na národnej, prípadne na medzinárodnej úrovni.

Liečivá používané pri chorobách gastrointestinálneho traktu nezriedka patria do ekonomicky veľmi úspešnej skupiny. Pri neraz až 'masovom' používaní prinášajú svojim výrobcom (i niektorým členom „utilizačného reťazca“ daného lieku) nemalý finančný prospech. *Efektívna* (a *bezpečná*) liečba, vrátane jej kratšieho trvania a včasného predchádzania závažným komplikáciám a následkom choroby, však zvyčajne býva efektívna aj z ekonomického hľadiska (*farmakoekonomika*).

V praxi sa novšie do popredia dostáva otázka *kvality života*. Najčastejšie v súvislosti so samotnou chorobou, ale aj v spojitosti s indikovanou liečbou, jej nežiaducimi účinkami, či komplikáciami; prípadne s mierou a včasnosťou ovplyvnenia obťažujúcich symptómov choroby (bolesť, nauzea, dyspepsia, anorexia a pod.).

Etickým problémom neraz býva rozpor medzi jednotlivými požiadavkami *racionalnej farmakoterapie* (správny liek, v správnej dávke, správnemu pacientovi, v správnom čase – a za rozumnú cenu), prípadne rozpor medzi potrebnou *účinnosťou* a očakávanými nežiaducimi účinkami lieku (*bezpečnosť* farmakoterapie). Častejšie však ide zo strany „zainteresovaných“ o úsilie účelovo interpretovať predkladané informácie o danom lieku (s cieľom zvýšiť jeho preskripciu, či predaj). Nie každý pozvaný prednášateľ (napr. na sympóziu organizovanom danou farma-

Often, the gastroenterologist and hepatologist is exposed to opposing pressures struggling to influence the prescription of drugs to be used for a particular pharmacotherapy. What is in conflict here is, for instance, the aspect of the medically effective and safe therapy (standard procedures and their innovations), or the utilization of an innovative or "experimental" therapy in a particular patient; the interest in the reduction of costs for health care - health insurance companies (and their revision doctors); the interest of producers (and their representatives) in the increase of sales of their drug; and finally the demands of the patient or his relatives and friends (sometimes inadequate or irrational; sometimes it is a matter of "economizing" on the part of the patient who cannot or does not want to afford a more expensive drug). *Rational prescription* is therefore not only the requirement and the "calling card" of professional competence, but often depends on the moral integrity and maturity of the prescribing doctor (exclusion of non-medical aspects and interests).

In the conditions of a financially undersized health care system - and a "not entirely transparent" market of health care material (including drugs and instrumental equipment), the relationships of *the doctor and pharmaceutical companies* or other production and distribution companies (out of which many compete with one another) is often problematic. The arising conflict of interests can negatively influence his decision-making and action.

The effort to increase prescription of a particular drug sometimes leads to certain "methods" of influencing the prescribing doctors from the part of producers and distributors. Some of them are far beyond the limit of ethical acceptability (e. g. providing various benefits, presents or finances in proportion to the quantity of prescribed drugs; organizing so called "research studies" that consist in the conversion to a new therapy for certain benefit or a particular amount of money; "sponsored tourism" etc.). In recent times, this practice has been subject to severe criticism in our country as well as throughout the world. Also, direct and indirect legal and ethical regulations (ethical codices or guidelines) deal with this issue (8).

On the other hand, an appropriate relationships between doctors and pharmaceutical companies including ethically acceptable sponsorship activities, true and up-to-date information for health professionals, support for continuous education, even suitable promotion in a professional environment, are very

ceutickou spoločnosťou), či predpisujúci kolega v situácii viac-alebo menej vyostreného konfliktu záujmov statočne „pokušenie“ odolá...

Gastroenterológ i hepatológ je v oblasti farmakoterapie neraz vystavený protichodným tlakom, ktoré sa usilujú jeho preskripciu ovplyvniť. Do protikladu sa dostávajú napr. medicínske hľadisko účinnej a bezpečnej liečby (štandardné postupy a ich inovácie), prípadne použitie inovatívnej alebo „výskumnej“ liečby u konkrétneho pacienta; záujem znižovania nákladov na zdravotnú starostlivosť - zdravotné poisťovne (a ich revízni lekári); záujem výrobcov (a ich reprezentantov) na zvýšení predaja lieku; a napokon i nároky pacienta, či jeho príbuzných (niekedy neprimerané alebo iracionálne; inokedy ide o "šetrenie" na strane pacienta, ktorý si nemôže alebo nechce dovoliť drahší liek). *Racionálna preskripcia* je teda nielen požiadavkou a „vizitkou“ odbornej erudície, ale nezriedka závisí aj od morálnej pevnosti a vyspelosti predpisujúceho lekára (vylúčenie mimo-medicínskych hľadísk a záujmov).

V podmienkach finančne poddimenzovaného zdravotníckeho systému - a „nie celkom transparentného“ trhu zdravotníckeho tovaru (vrátane liekov a prístrojovej techniky) je *vzťah lekára a farmaceutických spoločností*, či iných výrobných alebo distribučných firiem (z ktorých viaceré sú navyše vo vzájomnom konkurenčnom vzťahu) nezriedka problematický. Vznikajúci konflikt záujmov môže nežiaducim spôsobom ovplyvňovať jeho rozhodovanie a konanie.

Snaha zvyšovať preskripciu daného lieku niekedy vedie zo strany výrobcov a distribútorov k rôznym „metódam“ pôsobenia na preskribujúcich lekárov. Niektoré z nich sú ďaleko za hranicou etickej prípustnosti (napr. poskytovanie rôznych výhod, darov alebo priamo finančných prostriedkov vo väzbe na množstvo predpísaného lieku; organizovanie tzv. „výskumných sledovaní“, spočívajúcich v nastavovaní pacientov na novú liečbu za určitú výhodu alebo konkrétny finančný obnos; "firmami sponzorovaná turistika" a pod.). V poslednom období sú podrobované vo svete i v našich krajinách ostrej kritike. Sú tiež priamo, či nepriamo predmetom právnych alebo etických usmernení (etické kódexy alebo smernice) (8).

Na druhej strane, korektný vzťah lekárov a farmaceutických spoločností, a to vrátane eticky prijateľných sponzorských aktivít, pravdivého a aktuálneho informovania odbornej verejnosti, podpory kontinuálneho vzdelávania, ba i vhodnej reklamy v odbornom

much needed and useful for both parties - and also ethically acceptable and ethically flawed.

The gastroenterologist and hepatologist should pay proper attention to the ethical side of communication and cooperation with pharmaceutical and other production companies or their authorized representatives. A certain amount of help in the critical differentiation between ethically acceptable and ethically flawed behaviour may be obtained by looking into the requirements of the medical *deontology code* and listening to one's attentive conscience. The doctor should be on his guard whenever he is offered undeserved benefits or inappropriate presents and attention. He should never give in to temptation and act in conflict with his professional obligations towards his patients, with his responsibility towards the society, his own profession and himself (his own conscience).

We have attempted to suggest that every gastroenterologist and hepatologist should have a good grasp of bioethics. Not only not to lose sight of the very patient, his individuality, dignity and rightful interests as the speciality is advancing technically, the diagnostic and therapeutic possibilities are growing, the computerization is intensifying and de-humanization and de-personalization threatens. In order to preserve his reputation, respect for the rights, identity, integrity and actual good of the "whole man" who committed himself to his care. I think that this should be so also because the "good ethics" and "good science" (science – knowledge, experience, abilities and skills) are inseparable parts of practising "good gastroenterology" and "good hepatology".

prostredí, je veľmi potrebný a užitočný pre obe strany – a tiež eticky plne akceptovateľný.

Gastroenterológ a hepatológ by mal venovať etickej stránke komunikácie a spolupráce s farmaceutickou alebo inou výrobnou spoločnosťou, resp. jej poverenými zástupcami, patričnú pozornosť. Určitou pomocou pri kritickom rozlišovaní medzi eticky prijateľným a eticky nevhodným konaním mu môžu byť požiadavky lekárskeho *deontologického kódexu* a pozorné svedomie. „Na pozore“ by sa mal mať najmä vtedy, ak sa mu ponúkajú neoprávnené výhody alebo nepriemerané dary, či pozornosti. Nikdy sa nesmie nechať zlákať („kúpiť“) na realizáciu takého konania, ktoré by bolo v rozpore s jeho profesnými povinnosťami voči pacientovi, zodpovednosťou voči spoločnosti, vlastnej profesii i sebe samému (svojmu svedomiu).

Pokúsili sme sa naznačiť, že každý gastroenterológ a hepatológ by mal byť, aspoň trochu, aj „dobrým bioetikom“. Nielen preto, aby s postupujúcou technizáciou svojej disciplíny, jej rastúcimi diagnostickými i liečebnými možnosťami, intenzívnou „computerizáciou“, hroziacou dehumanizáciou a depersonalizáciou, napokon neustrácal zo zreteľa samotného pacienta, jeho individualitu, dôstojnosť a oprávnené záujmy. Aby si zachoval hlboký rešpekt, úctu voči právam, identite, integrite a skutočnému dobru „celého človeka“, ktorý sa zveril do jeho starostlivosti. Myslím, že by to malo byť aj preto, že „dobrá etika“ je spolu s „vedou“ (vedením – vedomosťami, skúsenosťami, schopnosťami a zručnosťou) neoddeliteľnou súčasťou praktizovania „dobrej gastroenterológie a hepatológie“.

#### COMMENTS / POZNÁMKY

1. Escourrou J, ed. Medical ethics, gastroenterology and digestive endoscopy: Changing concepts in a changing world. An OMED Newsletter Publication. Rome, 1998: 62.
2. Stanciu C, Ladas S, eds. Medical Ethics. Focus on Gastroenterology & Digestive Endoscopy. Proceedings of the European Symposium „Ethics in Gastroenterology & Digestive Endoscopy“, June 27-30 2002. Kos (Greece), 2002: 202.
3. Endoscopy 2003; 35: No 9.
4. The ability of a man to distinguish and internally evaluate the moral value of his action is called *conscience*. The action in accordance with the conscience is the prerequisite of the moral integrity of a particular man. Life in accordance with the conscience was from ancient times considered one of the basic conditions for a happy life (although based on different philosophical premises).  
Schopnosť jednotlivého človeka rozlišovať a vnútorne posudzovať morálnu hodnotu svojich skutkov sa nazýva svedomie. Konanie v súlade so svedomím je predpokladom morálnej integrity daného človeka. Život v súlade s vlastným svedomím sa odpradáva (hoci vychádzajúc z rôznych filozofických predpokladov) považoval za jednu zo základných podmienok šťastného života.
5. Stanciu C, Ladas S. Medical Ethics. Focus on Gastroenterology and Digestive Endoscopy. Athens: Beta Medical Art Publishers Ltd, 2002: 202.
6. Glasa J, ed. Ethics support in clinical practice. Status quo and perspectives in Europe. Proceedings of the Council of Europe – sponsored Multilateral Consultative Conference. Bratislava, November 2004. Med Eth Bioet 2004; 11, Suppl 1.
7. The growing demands for the use of available resources for the provision of health care and their objectively limited applicable quantity have brought new ethical problems in the second half of the 20th century in connection with the allocation of financial and other means for health care on the level of the health care system (or health care facility): *ethical issues of macroallocation* of resources as well as in the consideration of economic aspects when deciding on the indication of a diagnostic or therapeutic procedure for a particular patient: *the problem of microallocation*. Although doctors often point to the fact that the level of macroallocation is outside of their ethical respon-



sibility ("which is rather in the hands of the politicians: of the government and of the parliament") – and at the same time they say that decisions about microallocations should never in everyday practice come into consideration (i. e. that the patient should always, under any circumstances, get what he or she is entitled to, in accordance with purely medical criteria, in other words patients should get the best "in accordance with the contemporary scientific achievements") the above-mentioned ethical dilemma is a matter of everyday reality. If in such situation we want to retain moral (ethical) integrity in the performance of medical (health care) profession, including undisturbed, rightful loyalty towards all our patients, we have to actively cope with these issues in our everyday practice. A certain help in this is the above-mentioned determination of diagnostic and therapeutic standards that are to be of support in the decision about a particular intervention for a particular patient (and also in the achievement, auditing, or checking (inspection) of the quality of the health care provided). Their practical expression which in the better case is also the expression of a broader professional and "social" consensus (if all interested parties participate in their preparation, e. g. the appropriate professional society, health insurance company, ministry or a corresponding state office) are the so called recommended diagnostic or therapeutic guidelines. The above-mentioned ethical aspects are even more urgent in the provision of health care for persons from the so-called (economically) *vulnerable groups of population* (e. g. asylum seekers, the homeless, unemployed, member of certain ethnic groups, the neglected, older people living alone, drugs addicts and alcoholics etc.), who often come into contact with the gastroenterologist and hepatologist for serious, and frequently fatal diseases or complications (e. g. urgent gastroscopy for haematemesis or melaena; liver biopsy in a patient with hepatitis B, C or in a HIV infected patient).

Rastúce požiadavky na disponibilné zdroje pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti a ich objektivne obmedzený mobilizovateľný objem priniesli v priebehu druhej polovice 20. storočia nové etické problémy súvisiace s pridelením finančných a iných prostriedkov pre zdravotnú starostlivosť – a to tak na úrovni celého zdravotníckeho systému (alebo zdravotníckeho zariadenia): etické problémy makroalokácie prostriedkov, ako aj pri zohľadňovaní ekonomického hľadiska pri rozhodovaní o ordinovaní diagnostického alebo liečebného postupu u konkrétneho pacienta: problém mikroalokácie. I keď lekári neraz poukazujú na to, že úroveň makroalokačných rozhodnutí je mimo rámca ich etickej zodpovednosti („tá je skôr v rukách politikov: vlády a parlamentu“) – a zároveň tvrdia, že rozhodnutia o mikroalokácii by v dennej praxi vlastne nikdy nemali prichádzať do úvahy (t.j. že pacient by mal vždy, za každých okolností dostať to, čo mu podľa čisto medicínskych kritérií patrí, resp. mal by dostať to najlepšie – „podľa súčasných poznatkov vedy“), je spomenutá etická problematika dennou realitou. Ak si v tejto situácii chceme pri výkone lekárskeho (zdravotníckeho) povolania zachovať morálnu (etickú) integritu, vrátane nenarušenej, spravodlivej lojality voči všetkým našim pacientom, musíme sa s týmito problémami aktívne zaoberať a primeraným spôsobom sa s nimi vo svojej praxi vyrovnávať, či každodenne znova vyrovnávať. Určitou pomocou v tomto úsilí je spomínané stanovenie diagnostických a liečebných štandardov, ktoré majú napomôcť pri rozhodovaní o konkrétnom postupe u daného pacienta (a tiež pri dosahovaní, audite, či kontrole (inšpekcii) náležitej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti). Ich praktickým vyjadrením, ktoré v lepšom prípade je aj vyjadrením širšieho odborného a „spoločenského“ konsenzu (keď sa na ich vypracovaní podieľajú všetky zainteresované strany – napr. príslušná odborná spoločnosť, zdravotné poisťovne, ministerstvo alebo príslušný štátny úrad), sú tzv. odporúčané diagnostické a liečebné postupy (angl. guidelines). Uvedené etické aspekty sú ešte vypuklejšie pri zabezpečení zdravotnej starostlivosti o osoby z tzv. (ekonomicky) zraniteľných skupín obyvateľstva (napr. azylanti, bezdomovci, nezamestnaní, príslušníci niektorých etnických skupín, zanedbaní, osamelo žijúci starší ľudia, používatelia omamných drog, alkoholicy apod.), ktoré sa dnes nezriedka dostávajú do pozornosti gastroenterológa a hepatológa pre závažné, neraz život ohrozujúce ochorenia alebo ich komplikácie (napr. urgentná gastroscopia pre hematému alebo melénu; biopsia pečene u pacienta s hepatitídou B, C alebo u pacienta infikovaného HIV).

8. Pharmaceutical companies mostly have their own ethical codices or a common ethical codex applicable for the member of an association of such companies. These codices often contain specific guidelines for these issues (e. g. presents for the doctor; presents in favour of the care for patients; drug samples; sponsorship for educational programs, scientific and professional events; support of doctors' participation in training courses, and professional and scientific events etc.).

Farmaceutické spoločnosti väčšinou dnes majú vlastné etické kódexy, prípadne spoločný etický kódex platný pre členov asociácie takýchto spoločností. Tieto kódexy zvyčajne obsahujú konkrétne usmernenia v týchto otázkach (napr. darčeky pre lekára; darčeky prosievajúce starostlivosti o pacientov; lekárske vzorky liekov; sponzorovanie výukových programov, vedeckých a odborných podujatí; podpora účasti lekárov na školiaciach, odborných a vedeckých podujatiach ai.).

**Correspondence to: / adresa pre korespondenciu:**

Assoc. Professor Jozef Glasa, MD, PhD, Institute of Pharmacology and Clinical Pharmacology, Slovak Health University, Institute of Medical Ethics and Bioethics n.f.,  
Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovak Republic / Slovenská republika  
E-mail: jozef.glasa@szu.sk